

UNIVERSITÉ DE GENÈVE
POLICLINIQUE DE CHIRURGIE

FACULTÉ DE MÉDECINE
PROFESSEUR RENÉ PATRY

DIRECTEUR DE THÈSE : Dr. F. WYSS-CHODAT, PRIVAT-DOCENT

Considérations sur l'ulcère de jambe

THÈSE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Ahmad DJALALY
CHIRAZ (IRAN)

THÈSE N° 2471

GENÈVE
COOPÉRATIVE D'IMPRIMERIE
1957

UNIVERSITÉ DE GENÈVE
FOLICLINIQUE DE CHIRURGIE

FACULTÉ DE MÉDECINE
PROFESSEUR RENÉ PATRY

DIRECTEUR DE THÈSE : Dr. F. WYSS-CHODAT, PRIVAT-DOCENT

Considérations sur l'ulcère de jambe

T H È S E

**PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

PAR

Ahmad DJALALY
CHIRAZ (IRAN)

THÈSE N° 2471



GENÈVE
COOPÉRATIVE D'IMPRIMERIE
1957

La Faculté de Médecine, sur le préavis de Monsieur le professeur R. PATRY, autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

Genève, le 22 février 1957.

Le doyen : Eric MARTIN.

Thèse N° 2471

Nous tenons à exprimer toute notre gratitude à M. le Professeur René Patry, directeur de la Policlinique universitaire de chirurgie de Genève, qui a bien voulu nous autoriser à étudier dans son service de Policlinique les problèmes qui font l'objet de la présente thèse.

Nos sincères remerciements vont à M. le Docteur Wyss-Chodat pour l'intérêt qu'il nous a porté pendant l'élaboration de ce travail.

*A ma Mère,
pour son amour et constant encouragement.*

PATHOGENIE

Y a-t-il un ulcère de jambe spécialement variqueux ?

Comme nous le verrons plus tard en détail, à cette question on peut répondre d'emblée de la façon suivante :

Il n'y a pas un ulcère variqueux à proprement parler, mais bien des ulcères chez les variqueux. A tous les ulcères, seul le terrain est commun et même les varices visibles peuvent être absentes ; d'ailleurs chez les anciens phlébitiques (sans varices) et chez les cellulitiques, on voit des ulcères semblables.

L'ulcère dit variqueux est souvent l'aboutissement grave d'une cellulo-capillarite des membres inférieurs ; cette affection peut revêtir, suivant son degré et son importance, un des aspects suivants : ectasie capillaire, purpura chronique, dermite pigmentée, atrophie blanche.

L'ulcère peut alors être considéré comme une complication d'une de ces lésions, due surtout à leur infection si fréquente. Cette infection accélère et même modifie l'évolution de ces ulcères ; c'est encore à l'infection qu'on doit attribuer les lésions des petits vaisseaux, empêchant la guérison de ces ulcères.

L'apparition de l'ulcère est due à plusieurs éléments dont voici les principaux :

1. Facteur veino-capillaire :

La stase veino-capillaire, élément principal des complications des varices, joue certainement un rôle prépondérant. Un traumatisme léger ne produirait pas autant de troubles disproportionnés avec leur cause, s'il n'y avait pas une stase.

Dans le cas des varices et des ulcères variqueux la stase peut-être :
soit anatomique : Atteinte valvulaire ; dans ce cas la stase est permanente ;

Soit fonctionnelle : Par station debout prolongée ; dans ce cas la stase est occasionnelle ;

Soit par vaso-dilatation réflexe : Ce qui crée une stase semi-permanente. La stase dans ce cas est active.

Ces vaso-dilatations réflexes peuvent être favorisées par l'infection, des troubles humoraux ou nerveux, rendant encore plus difficile le traitement.

Comment peut-on expliquer le rôle de la stase dans l'apparition de l'ulcère de jambe ?

La stase créant une hypertension capillaire et produisant une transsudation du plasma et des lésions capillaires légères et diffuses qui troublent l'osmose, constitue l'œdème avec une réceptivité infectieuse. Ces lésions capillaires, au lieu d'être légères et diffuses, peuvent être profondes et localisées ; c'est alors la capillarite.

Ces lésions capillaires, soit légères et diffuses, soit profondes et localisées, sont à l'origine de la formation de l'ulcère.

En résumé, la stase favorise l'œdème ; les tissus œdématisés s'infectent facilement ; un ecthyma prend naissance et devient bientôt térébrant. L'aboutissement de tous ces processus est l'ulcère.

2. *Facteurs artériels* :

Rôle possible *des troubles artériels* : ces troubles se manifestent par une hypertension artérielle segmentaire dans le membre en question. Cette hypertension artérielle localisée, bien supportée en l'absence de troubles veineux, ne l'est plus en présence d'une ectasie veineuse. L'ectasie veineuse est d'ailleurs favorisée dans ces cas par l'existence des anastomoses artérioveineuses.

3. *Rôle du système réticulo-endothélial* :

On peut dire que dans le syndrome variqueux et l'ulcère de jambe, il y a un trouble de la résorption de l'hémossidérine, d'où la pigmentation locale due à de petites hémorragies péri-capillaires.

4. *Troubles humoraux et métaboliques :*

L'insuffisance respiratoire avec emphysème aboutit à une anoxémie qui augmente la viscosité sanguine. Le troubles métaboliques comme le diabète et l'obésité ne sont pas rares.

Enfin la dysendocrinie joue un rôle assez important ; le meilleur exemple est donné par les épisodes de la vie génitale féminine et leur relation avec les états variqueux et l'ulcère de jambe.

5. *Les lésions traumatiques*, accidentelles ou professionnelles influencent d'une façon surprenante l'évolution des états variqueux. Traumatisme, choc, variation de température favorisent tout d'abord les troubles purement fonctionnels (troubles vaso-moteurs) puis, s'ils se répètent, donnent naissance à des cellulites, capillarites.

6. Enfin *l'infection* joue un rôle de toute première importance dans tous ces processus. « C'est sur la nature même de ces infections que se base le diagnostic différentiel des différents ulcères spécifiques. »

TYPES CLINIQUES DE L'ULCERE VARIQUEUX

Les types cliniques de l'ulcère variqueux sont :

1. *Le grand ulcère :*

Il succède à une *dermo-épidermite* qui peut être aiguë ou chronique. Il peut aussi succéder à un élément d'ecthyma bulleux avec croûte ; la croûte tombe, démasquant ainsi un ulcère ecthymateux à bord taillé à pic, arrondi. Le fond est rouge foncé avec un enduit séro-purulent sanguinolent ; souvent à chaque nouvelle poussée une nouvelle ulcération apparaît.

Ces ulcérations ne sont, en général, au début ni indurées, ni calleuses, mais, sous l'influence de l'œdème, le bord prend progressivement l'aspect calleux. Leur bord irrégulier est dû au fait que ces ulcères en s'étalant s'augmentent d'autres éléments analogues.

Le siège de prédilection de ce type d'ulcère est le tiers inférieur de la jambe. L'ulcère progresse de plus en plus vers la profondeur, la zone de dermo-épidermite à son tour continue de s'étendre, constituant ainsi un véritable ecthyma térébrant de large dimension.

Pendant cette longue évolution, le grand ulcère peut être absolument indolore ou peu douloureux, mais, au cours de l'évolution, la douleur devient plus vive, au fur et à mesure que le bord devient plus calleux. Il y a toujours aussi un certain degré de prurit.

En combattant simultanément les facteurs qui ont favorisé l'apparition du grand ulcère, on arrive à le guérir. L'œdème s'amende par repos au lit ou par compression, l'infection se guérit sous l'influence de pansements appropriés.

Mais ce qui est désespérant, c'est la récurrence. Aussitôt que le malade reprend ses occupations, la station debout et l'infection favorisent de nouveau la rechute.

2. *Le petit ulcère ou ulcère complexe :*

Le mot de *complexe* vient du fait que cet ulcère passe par plusieurs étapes. Les plus simples sont les ectasies capillaires et le purpura angio-scléreux ; à un degré plus avancé, nous trouvons la dyskératose limitée péri-malléolaire, la dermite pigmentée et purpurique, l'atrophie blanche.

D'après ce que nous venons de dire, le petit ulcère peut débiter très diversement.

a) Un capillaire ectasié se thrombose, prend une couleur violette et une consistance dure ; cette thrombose aboutit à l'élimination d'une escarre, qui peut être, soit minuscule et peu douloureuse, soit plus importante, si la thrombose atteint un vaisseau plus profond ou plus gros.

Dans ce cas l'escarre a une couleur blanche avec une consistance semi-molle. L'élimination de cette escarre est accompagnée d'une douleur assez vive ; la plaie est fétide et la perte de substance considérable.

b) Parfois, une zone d'*atrophie blanche* subit rapidement une escarrification ; ici aussi la douleur existe, sans toutefois atteindre le degré du cas précédent.

c) Mais le plus souvent quand le malade vient consulter le médecin, l'escarre est éliminée depuis longtemps et le mode du début nous échappe.

Quelle que soit la forme du début, une fois l'ulcération constituée, on a alors une plaie dont la grandeur varie d'une pièce de 50 cts à 1 fr. Autour de cette plaie, on reconnaît un des différents

aspects du début, soit une dyskératose, une ectasie capillaire, une zone achromique, une pigmentation ou une dermite purpurique, qui tracent la genèse de cette plaie, permettant ainsi de se faire une idée du mode d'évolution de la lésion.

Une *douleur* intense continue, augmentant par la marche ou la chaleur caractérise cet ulcère. Cette douleur parfois est si intense qu'elle empêche le sommeil. On pourrait attribuer cette douleur intense à l'atteinte des capillaires ou à une névrite régionale. Elle diminue au fur et à mesure que l'ulcération s'épidermise.

Un autre signe de cet ulcère est son adhérence au plan profond, donnant l'impression qu'il est soudé au tibia. C'est dans la cellulite rétractile sous-jacente qu'il faut chercher la cause de cette adhérence.

A noter que cette adhérence, bien que fréquente, peut faire défaut.

Examinons maintenant l'évolution d'un pareil ulcère :

- Il peut persister durant des mois et des années.
- Il peut guérir, laissant comme séquelle un anneau de sclérose.
- Il peut y avoir une alternance de guérisons et de rechutes.

Dans ces cas comment peut-on expliquer la rechute ? On peut penser que, sous l'influence d'une infection locale ou à distance, d'un choc, de variations de température, il y aurait des troubles vasomoteurs qui favoriseraient ces rechutes.

Parmi les différents facteurs mentionnés, l'infection à distance mérite une mention particulière. Il faut la chercher toujours attentivement devant une rechute autrement inexplicable.

3. *L'ulcère mixte :*

C'est un mélange des deux ulcères précédemment décrits. On peut donc dire qu'il n'a pas une personnalité originale.

Il s'agit le plus souvent d'un ulcère par thrombose qui s'infecte secondairement et s'indure. C'est surtout sous l'influence de l'œdème sous-jacent que ces transformations se font.

L'ulcère mixte se présente sous l'aspect d'un grand ulcère douloureux.

4. *La cancérisation de l'ulcère :*

Sous ce nom on ne décrit pas une forme clinique d'ulcère, mais une complication qui peut atteindre tous les ulcères variqueux et postphlébitiques.

Cette cancérisation commence au bord de l'ulcère et surtout lorsque ce bord est en voie de cicatrisation ; sur ce bord apparaissent un ou plusieurs bourgeons extensifs bientôt exubérants. Quelquefois même le bord prend nettement l'aspect caractéristique de l'ulcère néoplasique de la peau. Dans ces cas une biopsie s'impose toujours.

EXAMEN D'UN ULCERE

On doit essayer, devant un ulcère de jambe, de le classer dans un des types suivants :

- Ulcère ecthymateux.
- Ulcère par thrombose.
- Ulcère mixte ayant débuté par une thrombose.
- Ulcère mixte ayant débuté par un ecthyma.

Pour placer l'ulcère dans un de ces quatre types, il faut tout d'abord une anamnèse bien faite qui nous renseigne sur le mode de commencement. On fait ensuite les examens suivants :

1. *Peau* : On recherche ses lésions de dermite, ses zones d'atrophie.
2. *Tissu cellulaire sous-cutané* : L'attention doit se porter spécialement sur l'œdème.
3. *Examen des veines* : Il ne faut pas oublier que cet examen donne des résultats très variables.
4. *Infiltration graisseuse* : Il faut s'efforcer de la distinguer d'une obésité générale.
5. Enfin un *examen général* nous renseignera sur l'état du système cardio-vasculaire, qui peut être parfois très touché ; une hypertension doit être considérée comme un élément de mauvais pronostic, si petit que soit l'ulcère.

ETAPE DIAGNOSTIQUE, DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Ici nous étudierons successivement le diagnostic différentiel d'un ulcère de jambe. Puis nous tâcherons de répondre à la question que nous nous sommes déjà posée : Si oui ou non, il y a un ulcère de jambe spécialement variqueux.

Le diagnostic d'ulcère de jambe ne doit jamais être confirmé qu'à l'aide des examens de laboratoire et par élimination des autres ulcères spécifiques.

A. La première chose à laquelle on doit penser, c'est *la syphilis*.

La façon dont l'ulcère a débuté peut orienter vers un ulcère syphilitique ou une dermite ulcérée ; la présence de l'œdème dur, des bords plus ou moins calleux, du prurit, d'une dermite périphérique, parle en faveur du rôle des varices dans le complexe étiologique.

En cas d'un soupçon de syphilis, l'interrogatoire doit dépister des antécédents précis. Le diagnostic d'ulcère syphilitique ne peut se faire qu'en présence d'une gomme typique et de sa transformation en ulcère : nodule ferme tout d'abord, puis ramolli, devenant fluctuant et enfin se présentant sous l'aspect d'un orifice rond à bords rosés, sans dermite périphérique.

Donc le diagnostic différentiel d'un ulcère variqueux doit se faire avec la syphilis tertiaire. En ce cas on a finalement un ulcère circiné ou réniforme, siégeant le plus souvent au tiers supérieur de la jambe à la face externe ; les bords sont irréguliers, taillés à pic, collés ou relevés ; le fond de ces ulcères est plus ou moins régulier.

Ces ulcérations peuvent être multiples et bilatérales (ce qui n'est pas le cas dans les ulcères variqueux), elles peuvent atteindre les tendons, les vaisseaux, le périoste, même l'os, et causer des mutilations graves.

Au point de vue histo-pathologique, les lésions syphilitiques peuvent entrer dans le cadre général de celles des maladies infectieuses chroniques, à côté de celles de la tuberculose, de la lèpre, des mycoses. C'est-à-dire que leur cytologie sera essentiellement représentée par les cellules du tissu conjonctif et la série réticulo-endothéliale, à savoir : fibrocytes, plasmocytes, histiocytes, cellules épithéloïdes et cellules géantes.

Mais, comme ces mêmes types cellulaires se retrouvent dans les autres maladies infectieuses chroniques, il faut donc quelque chose de plus pour pouvoir poser le diagnostic de la syphilis. En effet, on trouve, dans les lésions syphilitiques, outre les éléments déjà mentionnés :

Une lésion vasculaire : Les vaisseaux et plus particulièrement les veines, nettement augmentées en nombre, sont atteintes dans leur paroi. Au cours de l'évolution des lésions, ces atteintes vasculaires peuvent aboutir à l'occlusion totale de la lumière et favoriser ainsi la formation de foyers de nécrose.

Un autre élément quasi-constant des lésions syphilitiques est représenté par le groupement de l'infiltrat *en manchon autour des vaisseaux*.

Cet infiltrat est surtout constitué par des lymphocytes et plasmocytes. La caractéristique de cet infiltrat périvasculaire est la formation de gros nodules autour des vaisseaux.

L'association de plasmocytes aux lymphocytes a une certaine valeur dans les lésions syphilitiques ; car dans les inflammations banales, l'infiltration est seulement lymphocytaire.

La réaction fibroblastique a également une valeur certaine ; elle est manifestement plus prononcée que dans toutes les autres infections chroniques et en particulier dans la tuberculose, et représente le *substratum histologique de l'induration* clinique d'un grand nombre de syphilides. Les histiocytes et les fibrocytes évoluent en cellules épithéloïdes ; on les voit dans les manifestations tertiaires (tubercules) ; ces cellules épithéloïdes, à leur tour, donnent naissance à des cellules géantes et à la formation des nodules tuberculoïdes.

Dans les syphilides papuleuses et surtout dans les gros tubercules tertiaires, au fur et à mesure que l'état allergique de l'organisme apparaît et s'installe, le processus dégénératif est plus marqué et si, à ces lésions déjà dégénératives, se surajoutent des lésions vasculaires importantes, il se développera un processus de nécrose aboutissant à des ulcérations et même une fonte gommeuse.

En résumé, le diagnostic histo-pathologique de la syphilis doit être basé en particulier sur les altérations vasculaires, un infiltrat riche en plasmocytes, la réaction fibroblastique, la tendance à la sclérose. Mais parfois, malgré tous ces éléments, le diagnostic de syphilis reste incertain et c'est seulement un traitement d'épreuve

qui tranche la question, car la réaction de Bordet-Wassermann est incertaine à ce stade.

B. L'Ecthyma : Il se distingue par la multiplicité de ses éléments, leur caractère inflammatoire, leur évolution. Il peut simuler une syphilide ulcéro-croûteuse avec ses croûtes brun-noirâtres arrondies, stratifiées, épaissies. Mais ces croûtes sont plus superficielles, plus faciles à détacher.

L'ecthyma succède fréquemment à la gale et à la phthiriasse. Il se voit surtout chez les individus en état de misère et d'hygiène défectueuse.

C. Les ulcères dits tuberculeux apparaissent souvent à la suite d'une lésion osseuse, de gommes scrofulo-tuberculeuses ou de tubercules fongueux ou lupiques, que leurs caractères spéciaux décèlent.

L'ulcère tuberculeux peut aussi succéder à un érythème induré de Bazin, parfois aussi à une gomme caractérisée.

À l'examen on trouve un ulcère qui présente une couleur violacée sur ses bords, une tuméfaction des tissus sous-jacents ; cette tuméfaction a une consistance molle et ses limites sont indistinctes. Parfois on peut trouver des nodules lupiques sur la zone périphérique, l'existence d'une adénopathie n'est pas rare. Enfin il existe une douleur locale.

En général le diagnostic est facile si les autres examens cliniques pour dépister une tuberculose ancienne ne sont pas négligés.

La forme d'un ulcère tuberculeux est ovoïde, polycyclique ou irrégulière ; les contours festonnés ou déchiquetés, les bords à pic ou décollés, de coloration livide, mamelonnés ou rouges, le fond est inégal. La base est largement indurée et la teinte du pourtour est violacée.

Au point de vue histo-pathologique, on trouve une inflammation banale des tissus conjonctifs et des lésions vasculaires. En outre, on voit des follicules tuberculeux conglomérés ou isolés ; ils sont composés généralement d'une ou plusieurs cellules géantes centrales, d'un amas de cellules épithéloïdes claires et d'une zone externe de lymphocytes et plasmocytes. Aucun de ces follicules n'effleure directement l'ulcération.

D. Le lupus vulgaire ou *lupus tuberculeux* est une forme très fréquente de la tuberculose cutanée. Il est consécutif à une dissémi-

nation hémotogène et débute par une ou plusieurs papules lupiques dispersées, de la grandeur d'un noyau de cerise à celle d'une petite pièce de monnaie. Les papules lupiques sont massives, brun-rouges, souvent recouvertes de petites squames.

Elles se transforment lentement au cours des mois et des années en infiltrations planes qui occupent de grandes surfaces. A la vitropression on met en évidence, directement sous la peau, un tissu de granulation jaune bistre. On peut facilement pénétrer dans ces lupomes avec une sonde à travers l'épiderme aminci.

E. Les érythèmes.

a) *L'érythème induré de Bazin* : Sa localisation principale est aux jambes, particulièrement au tiers inférieur et postérieur.

Les lésions sont constituées par des nodules sous-cutanés péri-vasculaires, de coloration rouge-violacée. Leur évolution dure quelques semaines ou quelques mois et aboutit, soit à la guérison, soit à l'ulcération.

On peut placer l'érythème induré de Bazin entre les tuberculoses cutanées et les tuberculides, car quelquefois son évolution dure des années. A l'examen clinique on trouve des plaques rouges, rosées ou violacées, qui sont plus ou moins indurées, avec des limites indistinctes. A l'occasion d'une fatigue ou d'une station prolongée se produit une poussée congestive qui s'accompagne d'une douleur intense laquelle cède, d'ailleurs, au repos.

La présence d'une induration plus ou moins circonscrite, nettement perceptible, avec une teinte lilacée, est nécessaire pour affirmer le diagnostic.

b) *L'érythème noueux* : Se caractérise par des nodosités, ou nouures assez douloureuses au toucher ; leur grosseur varie d'une cerise à celle d'une prune, de coloration rose à rouge-violacé. Sa localisation favorite est à la face d'extension des membres supérieurs et inférieurs. Il s'accompagne souvent de fièvre, de douleurs articulaires, de fatigue.

L'affection guérit spontanément au bout de quelques semaines ; elle peut être l'indice d'une tuberculose probable, son apparition doit faire penser toujours, surtout chez les enfants, à une primo-infection.

L'examen histologique des nouures de l'érythème montre une inflammation aiguë de type banal, avec épanchement des hématies et infiltrat périvasculaire de cellules rondes entre les lobules adipeux. La nature de ces lésions laisse penser qu'elles sont d'origine embolique.

La localisation des autres érythèmes aux jambes est plutôt rare.

F. L'ulcère mycosique : Il ressemble plus ou moins aux ulcères syphilitiques ou tuberculeux. Les ulcérations dites mycosiques peuvent être dues aux sporotrichoses, Teischmanioses, blastomycoses, actinomycoses, etc...

Elles succèdent à des nodosités gommeuses ou quelquefois à des lésions dermiques tuberculo-ulcéreuses et echthymato-pustuleuses.

C'est dans le pus qu'on trouve les parasites spéciaux décelables suivant les cas par l'examen direct ou par la culture.

G. Le diabète : Par suite des lésions artérielles qu'il provoque et de la réceptivité infectieuse qu'il confère au malade, il peut favoriser l'apparition d'ulcérations torpides.

A la suite d'un léger traumatisme, d'une éruption banale, surviennent des phlyctènes extensives dont la base devient gangréneuse et qui donnent des escarres brunes ou grisâtres.

THERAPEUTIQUE DIFFÉRENTIELLE

1. *Le traitement de l'ulcère syphilitique :*

Le traitement de la syphilis ne se composait, il y a une trentaine d'années, que du traditionnel mercure et des iodures, ainsi que de quelques médicaments adjuvants et de prescriptions hygiéniques.

L'introduction des arséno-benzènes (Ehrlich 1909) et du bismuth (Sazerac et Levaditi 1921) avec leurs propriétés tréponémicides, d'une part et des antibiotiques, d'autre part, ont considérablement modifié la thérapeutique syphilitique.

Avant de commencer le traitement, il faut que le diagnostic de syphilis soit absolument certain.

Médicaments utilisés :

A. Composés arsénicaux :

Le Salvarsan (ou 606).

Le Néosalvarsan (ou 914).

Le Syntharsan (Jadasohn).

Les Sulfarsénol, Acétylarsénol, Stovarsol.

Rappelons que des accidents peuvent survenir au cours d'une arsénothérapie.

Ce sont :

1. L'intoxication arsénicale : manifestée par une polynévrite, de la paraplégie, des fourmillements, des vertiges.

2. *Les accidents d'infection* : l'As peut augmenter la virulence d'un agent infectieux : par exemple en cas de zona ou d'une staphyloccocie.

3. *L'intolérance*, qui peut être :

Soit immédiate au cours d'une première injection,

soit secondaire vers la deuxième semaine,

soit tardive : Plusieurs mois après un traitement prolongé.

Ces accidents peuvent être de nature cutanée ou générale ou tous les deux combinés ; on peut assister à : *a)* Une crise nitritoïde de Milian, se manifestant par des fourmillements, une congestion de la face, des crampes, l'angoisse au cours de l'injection. On peut combattre une telle crise par l'injection sous-cutanée répétée d'adrénaline.

b) Des crises retardées, avec des frissons, des tremblements, des diarrhées, une demi-heure à quelques heures après l'injection.

On peut encore citer comme complication essentielle une encéphalopathie arsénobenzolique ou apoplexie séreuse, un ictère arsénobenzolique, un purpura, une anémie arsénobenzolique, une érythrodermie et enfin une réaction de Herxheimer.

B. Bismuth : De nos jours on emploie surtout :

a) Quino-Bi à 30 % de Bi métal en solution huileuse à 10 %.

b) Syntho-Bi en solution huileuse.

On fait 12 à 15 injections intrafessières de 2-3 cc, 2 à 3 fois par semaine.

On emploie le traitement bismuthique quand les arsénicaux ne sont pas bien tolérés.

Accidents de la bismuthérapie :

1. Stomatite bismuthique, liséré ardoisé des gencives.
2. Albuminurie.
3. Accidents locaux : Nouures intramusculaires, kystes huileux, etc.

C. Mercure : Actuellement il est peu employé, réservé surtout à la syphilis tertiaire, qui nous intéresse ici.

D. Pénicilline : Pour éviter une réaction de Herxheimer, particulièrement désagréable pour le patient, on ne commence pas le traitement par la pénicilline (comme nous avons vu plus haut), on fait d'abord une cure d'arsenic ou de bismuth et on termine avec de la pénicilline.

Au point de vue de l'efficacité, la pénicilline équivaut aux arsénobenzènes, mais avec un risque beaucoup moindre. La dose employée est de 6 à 12 millions d'unités à raison de 300.000 pro die.

2. Le traitement de l'ulcère tuberculeux :

Il faut prendre garde tout d'abord à l'état général et s'assurer s'il n'y a pas une autre localisation tuberculeuse.

Aujourd'hui l'efficacité de la vitamine D₂ est bien démontrée. Selon Charpy on pratique :

1re semaine, 3 fois 600.000 unités de vitamine D₂ en solution alcoolique per os.

2me semaine 2 fois 600.000 unités de vitamine D₂ en solution alcoolique per os.

Et de la 5me à la 25me ou même à la 50me semaine 7 fois 600.000 unités de vitamine D₂ par semaine.

Pour soutenir cette cure ou, en cas d'échec, on peut recourir aux autres antituberculeux, tels que :

L'acide para-aminosalicylique ou P.A.S., l'Isonicotylhydrazide et la streptomycine.

Une cure solaire ou par bains U.V. généraux peut être un adjuvant utile. Mais l'irradiation locale aux U.V. (Lampe Kromayer, Finsen-Lomkolt) très appréciée auparavant, ne s'emploie plus qu'exceptionnellement.

3. *Le traitement de l'ecthyma :*

Une des premières mesures à prendre est le repos au lit, les pieds du lit devant être surélevés avec des plots, de 15 à 20 cm. Pour détacher les croûtes, les applications humides sont très utiles. Puis on fait des lotions à l'eau de Dalibour ou l'eau oxygénée. On panse ensuite les ulcérations avec une pommade ou une pâte à l'oxyde jaune résorcinée, ou une pommade antibiotique non sensibilisante.

Plus tard un attouchement avec une solution de Ag NO_3 de 0.5 à 2 %, est indiquée et, à la période de réparation, on peut recouvrir les ulcérations de baume du Pérou ou d'emplâtre rouge.

Le traitement se termine avec du goudron et de la teinture d'Arning, qui est un stimulant kératoplastique.

4. *Le traitement des érythèmes décrits ci-dessus :*

a) *Erythème noueux* : On s'efforce de trouver les foyers d'infection éventuels (dentaires, amygdaliens, pulmonaires) et on les traite spécifiquement.

b) *Erythème induré de Bazin* : l'arsenic ou mieux sa combinaison avec des injections intradermiques de tuberculine réussissent parfois remarquablement. L'administration de vitamine D_2 selon Charpy est un adjuvant très utile.

5. *Le traitement des mycoses :*

Il était basé jadis principalement sur la médication iodo-iodurée. C'est ce traitement qui était employé avec plus ou moins de succès dans toutes les dermatomycoses, appliqué sous tous ses modes : ingestion de iodure de potassium, de 6-12 gr. par jour ; injections intraveineuses, etc. Les pansements locaux étaient faits avec la solution de Lugol.

Mais, plus récemment, la permène, la vaseline à la chrysarobine ou la vaseline au vioforme et les pommades à base d'acide undécylénique et, plus récemment encore certains antibiotiques tels que la mycostatine, sont utilisés avec de remarquables succès.

THERAPEUTIQUE DES ULCÈRES DITS VARIQUEUX

A) *Thérapeutique préventive :*

Il faut surveiller et traiter les varices et attacher une grande importance à l'hygiène cutanée et générale.

B) *Thérapeutique curative :*

Elle doit, d'une part, combattre les quatre causes principales de l'ulcère, soit : la stase veineuse, l'infection, la douleur spasmodique, les états artériels concomitants et, d'autre part, provoquer la cicatrisation.

I. *Le traitement de la stase :*

Il comporte essentiellement le repos, la compression, la suppression des varices, soit par la chirurgie, soit par la sclérose.

Le repos : la station debout, le piétinement sont, autant que possible, à éviter. Le repos au lit, jambes élevées, est parfois indispensable.

La compression locale : son but est de produire l'atélectasie des varices. Elle se fait, pratiquement, par le port de bandes ou de bas élastiques, qui doivent être mis avec soin le matin au lit, au moment du lever.

La compression permanente ainsi obtenue est complétée par l'auto-massage réalisé, grâce à l'élasticité des bandes et bas, pendant la marche. Peu à peu les œdèmes dus à la stase sont éliminés.

II. *La suppression des varices :*

C'est la méthode radicale, qui seule peut donner de bons résultats de longue durée. Deux méthodes sont en concurrence, qui peuvent et devraient être complémentaires.

1. La suppression des varices par la chirurgie,
2. la sclérose des varices.

La chirurgie veineuse est la méthode de choix dans bien des cas, surtout lorsque les malades sont atteints de gros troncs variqueux et des varices sacculaires si fréquentes à la face interne du genou. Plusieurs techniques ont été proposées. Toutes attachent la plus grande importance à la ligature méticuleuse de la crosse de la saphène interne et de toutes les collatérales qui aboutissent à la saphène, dans la région de la crosse ou en aval. C'est cette ligature soignée qui évitera la formation ultérieure de nouveaux troncs variqueux.

Le chirurgien élimine ensuite aussi, par ligature, les perforantes qu'il peut repérer.

La méthode qui laissera le moins de cicatrices est celle du stripping, soit de l'arrachage de la saphène au moyen d'un cathéter introduit dans la veine, de la racine du membre vers son extrémité.

Cette technique n'est pas toujours applicable, selon les circonstances, et il est souvent nécessaire de faire des incisions étagées et assez longues pour extirper les varices sinueuses et celles dépendant de la saphène externe.

La sclérose des varices, bien mise au point actuellement, remplace la chirurgie dans un certain nombre de cas ou la complète. Ses contre-indications sont assez limitées (âge avancé, cardiopathies et affections viscérales graves, hypertension, etc.). Elle se fait de nos jours, soit avec la salicylate de soude à 33 %, soit avec les solutions glucosées ou salines hypertoniques, soit avec les dérivés mercuriels ou de l'éthanol, soit avec des solutions iodurées ou encore à base de sels de quinine et d'uréthane.

La sclérose, qui demande à être bien contrôlée, donne des résultats plus lents que la chirurgie, mais peut être faite ambulatoirement. Elle permet aussi de traiter et supprimer des trajets veineux peu importants.

III. *La désinfection :*

Quelle que soit la méthode curative employée, le traitement local de l'ulcère reste important. Le nettoyage méticuleux mais doux des plaies est essentiel. On enlève avec asepsie et prudence les débris sphacéliques, les croûtes et on nettoie avec soin la plaie avec de l'alcool dilué, de l'éther ou du liquide de Dakin.

Dans le choix du produit à appliquer il faut tenir compte de deux éléments : *a*) la douleur (elle exige d'éviter tout produit irritant), *b*) le degré de réparation tissulaire : (un tissu en voie de bourgeonnement est déjà désinfecté).

C'est ainsi que l'on fera faire des compresses répétées avec du nitrate d'argent dilué à 1 %, ou avec de l'oléinate d'argent; du permanganate de potassium dilué, ou bien on appliquera des colorants, tels que le bleu de méthylène, ou du mercurochrome. Par la suite, on appliquera sur les ulcères des pommades douces, sulfamidées ou antibiotiques, en se rappelant qu'elles sont toutes susceptibles de faire apparaître de l'eczéma de contact.

Il est essentiel aussi de se rappeler que les changements de pansements doivent être le moins fréquents possible.

IV. *Le traitement de la douleur :*

Très vive, surtout au niveau des ulcères malléolaires, elle exige parfois l'application de pommades anesthésiantes (souvent eczématogènes !) ou de diathermie. Elle est due soit à l'inflammation locale, soit à un état artériel concomitant, qu'il faut rechercher et traiter.

V. *Le traitement de l'état artériel concomitant :*

Il s'adresse, soit aux troubles artériels vrais, soit à la capillarite thrombosante ; c'est un point très délicat de la thérapeutique des ulcères, laquelle doit être locale et générale.

Le traitement général de l'état artériel doit naturellement être basé sur un examen approfondi de l'état cardiaque et circulatoire du malade, ainsi que de son état rénal. Selon les résultats de cet examen, on soumettra le malade à un régime approprié cardio-rénal, on combattra son artério-sclérose par les vitamines et les iodures, on lui fera prendre des vasodilatateurs, par voie parentérale ou interne. On pourra aussi lui faire des injections péri- ou intrafémorales, à la fois anesthésiantes et vaso-dilatatrices.

A ces traitements généraux on ajoutera les traitements locaux, en se rappelant que les compresses et le repos au lit sont les meilleurs décongestionnants et calmants des douleurs inflammatoires. L'atteinte capillaire réagit très bien, d'après Gerson, aux injections de cyanure de mercure et aux traitements diathermiques à ondes amorties, comme elle le fait d'ailleurs aussi aux infra-rouges.

Il est fréquent que des troubles humoraux viennent compliquer le tableau pathologique. Ils commandent l'usage, peu spécifique d'ailleurs, d'extraits pancréatiques, ovariens, hypophysaires, auxquels la thérapeutique dite tissulaire, par extraits de placenta surtout, apporte un complément fort utile par son action sédative et cicatrisante.

VI. *La stimulation de la cicatrisation :*

Elle est réalisée par des excitants tissulaires tels que le sous-carbonate de fer, les sels d'argent, les goudrons, les vitamines et extraits placentaires. On se rappellera aussi l'action remarquable des vasodilatateurs et même de la sympathectomie.

Une excellente thérapeutique utilisée à la Polyclinique universitaire de chirurgie, à Genève, est la balnéothérapie partielle ou générale, avec massage par l'eau.

Cette méthode agit à la fois sur les tissus directement, mais aussi sur la circulation sanguine et sur le système nerveux. Les malades voient peu à peu disparaître ainsi les infiltrations hypodermiques qui risquent de faire apparaître des anneaux de sclérose, des œdèmes et même de l'éléphantiasis.

CONCLUSION

Nous avons terminé la description de l'ulcère variqueux et passé en revue les diagnostics et les traitements qui permettent de mieux le connaître et guérir. Mais nous devons à nouveau poser la question : Existe-t-il un ulcère spécialement variqueux ?

Nous avons vu que l'ulcère dit variqueux était souvent simplement l'aboutissement grave d'une cellulo-capillarite des membres inférieurs. Peut-elle, à elle seule, en dehors de tous autres facteurs favorisants, donner naissance à un ulcère ? On ne peut pas donner une réponse affirmative catégorique à cette question.

Bien que la cellulo-capillarite favorise beaucoup l'ulcération, en dégradant le terrain, nous pensons qu'elle ne peut pas, seule, donner naissance à l'ulcère et notre conclusion devrait être : « il n'y a pas d'ulcère variqueux à proprement parler, mais bien des ulcères chez les variqueux. »

En effet, les varices créent des conditions locales circulatoires, métaboliques, biologiques et nerveuses qui diminuent la résistance tissulaire aux agressions internes ou externes, dont les principales, en général associées, sont le traumatisme, l'infection, la thrombose, cause agissant sur un terrain défavorable et « dévitalisé ». La complexité des processus physio-pathologiques réunis chez les variqueux font de chaque ulcère de jambe « variqueux » un cas spécial qu'il faut traiter individuellement en combattant simultanément aussi bien que successivement les troubles locaux et généraux qui le conditionnent diversement au cours de son évolution.

BIBLIOGRAPHIE

- ROUDEN Foot R. : Varicose veins, Haemorrhoids and others conditions. London 1944. H. K. Lewis.
- TOURNAY R. : Nouvelles conceptions étiologiques des varices selon P. Piulachs et F. Vidal-Barraquer. Bulletin de la Société française de phlébologie, N° 4, octobre 1953.
- GERSON L. : Les varices et leurs associations pathologiques, 142-160 et 94-124, G. Doin, Paris 1948.
- DARIER J. : Ulcères de jambe. Précis de dermatologie, 435-442 et 881-904, Masson, Paris 1947.
- PAUTRIER L.-M. : La syphilis. Traité de Médecine, 512-826, Masson, Paris 1949.
- TOURNAY R. et WALLOIS P. : Les varices de la grossesse. L'Expansion scientifique française, Paris 1948.
- BURCKHARDT E.-W. : Syndrome variqueux. Tuberculosés cutanées. Folia Dermatologica, Geigy, Bâle 1955/1956.
- FLORIAN L. : Les varices. Les éditions d'Etat, Bucarest 1947.
- FORGUE E. : Varices. Pathologie externe, 210 et 599-615, Doin, Paris 1948.
- ROUSSY, G. : Précis d'anatomie pathologique. 383-389 et 389-613, Masson, Paris 1950.
- ANDERSON W. A. D. : Synopsis of pathology. Varicose veins. 546 et 258-263, Mosby, St-Louis 1952.
- LORTAT-JACOB E. et DEGOS R. : La dermatologie. 319, 322, 323. Masson, Paris 1952.
- BOYD W. : Varicose veins. Text-Book of pathology. 372-373. Henry Kimpton, London.
- SICARD J. A. et GAUGIER L. : Traitement des varices. Masson, Paris 1931.
- TINGAUD R. : La place de la chirurgie dans le traitement des ulcères de jambe d'origine veineuse. Bordeaux chirurgical, 2, 65-71, avril 1955.
- DOMONIQUE G. : Un cas d'ulcère cancérisé. Phlébologie, 9, 177, L'Expansion scientifique française, Paris 1956.
- JULY E. : A propos des ulcères de jambe. Phlébologie, 9, 26, L'Expansion scientifique française, Paris 1956.
- BABILLOT J. : A propos de la thérapeutique de quelques ulcères de jambe particulièrement tenaces. Phlébologie, 8, 23, L'Expansion scientifique française, Paris 1955.
- JAQUET M. : Etude anatomo-pathologique de six cas d'atrophie blanche en plaques. Angéiologie, 8, N° 1, 4, Chassard, Paris 1956.

TABLE DES MATIERES

PATHOGENIE	5
1. Facteur veino-capillaire	
2. Facteurs artériels	
3. Rôle du système réticulo-endothélial	
4. Troubles humoraux et métaboliques	
5. Les lésions traumatiques	
6. L'infection	
TYPES CLINIQUES DE L'ULCERE VARIQUEUX	7
1. Le grand ulcère	
2. Le petit ulcère ou ulcère complexe	
3. L'ulcère mixte	
4. La cancérisation de l'ulcère	
EXAMEN D'UN ULCERE	10
ETAPE DIAGNOSTIQUE, DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL	11
A. La syphilis	
B. L'ecthyma	
C. Les ulcères dits tuberculeux	
D. Le lupus vulgaire ou lupus tuberculeux	
E. Les érythèmes	
F. L'ulcère mycosique	
G. Le diabète	
THERAPEUTIQUE DIFFERENTIELLE	15
1. Le traitement de l'ulcère syphilitique	
2. Le traitement de l'ulcère tuberculeux	
3. Le traitement de l'ecthyma	
4. Le traitement des érythèmes	
5. Le traitement des mycoses	
THERAPEUTIQUE DES ULCERES DITS VARIQUEUX	19
A. Thérapeutique préventive	
B. Thérapeutique curative	
I. Le traitement de la stase	
II. La suppression des varices	
III. La désinfection	
IV. Le traitement de la douleur	
I. Le traitement de l'état artériel concomitant	
VI. La stimulation de la cicatrisation	
CONCLUSION	22
BIBLIOGRAPHIE	23

